Groupe Premier Médical

2, Place Laval, bureau 250
Laval (Québec) H7N 5N6

Tél.: 450 667-7737 • 1 866 967-7737
Téléc.: 450 667-7739

info@gpm.ca
http://www.gpm.ca

AVIS DE CHANGEMENT A

Nom du client / Nom du groupe :

No. de client / No. de groupe :

Nom du participant	Code d'usager GPM / No. de certificat	Code*	Date d'effet du changement (jj/mm/aa)	Nouveau salaire annuel	Protection désirée	Renseignements particuliers

Notez que tout changement reçu avant le 15 du mois courant figurera sur votre facture du mois suivant.

***CODE DE CHANGEMENT**

Nouveau participant	N[1]	Changement de bénéficiaire	CB[4]
Annulation (Cessation d'emploi)	A	Changement de type de protection:	P[2]
Rétablissement de couverture	R	Mise à pied temporaire	MAP
Changement de salaire (annuel)	S	Changement de catégorie/classe:	C
Congé de maternité ou parental	M	Exemption de garantie	EX[2]
Changement d'adresse	AD	Arrêt de travail (invalidité/maladie/CSST/SAAQ)	AT
Congé sans solde	CS	Retour au travail (invalidité/maladie/CSST/SAAQ)	RAT [3]

SIGNIFICATION DU CHIFFRE EN EXPOSANT

1. Fiche d'adhésion requise
2. Avis de changement B requis
3. Avis de retour au travail requis
4. Avis de changement de bénéficiaire requis

Signature de l'employeur : _____

Date (jj/mm/aa) : _____